PROPOSITIONS

N° 90.

ET OBSERVATIONS

SUR QUELQUES POINTS

DE L'ART DE GUÉRIR ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 mai 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR A. GUÉRIN,

Département du Cher ;

Interne des hôpitaux de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Suppléant*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET, *Examinateur*.
Pathologie médicale	DUMÉEIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générale	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Président*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL, *Examinateur*.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS, *Examinateur*. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle, *Suppléant*.	Gibert, *Examinateur*.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin-Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux, *Examinateur*.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA BONNE MÈRE.

A MON ONCLE

GUÉRIN-CHASSY.

Témoignage de mon sincère amour et de ma vive reconnaissance.

A. GUÉRIN

A MA BONNE MÈRE.

A MON ONCLE

GUÉRIN-CHASSY.

J'implore de mon oncle, comme de ma bonne mère,

A. GUÉRIN.

PROPOSITIONS

ET OBSERVATIONS

SUR QUELQUES POINTS

DE L'ART DE GUÉRIR.

C'est avec juste raison que l'expérimentation a été mise en honneur dans ces dernières années : elle est devenue, entre les mains de médecins habiles et consciencieux, un puissant moyen d'éclairer, sinon de résoudre complètement plusieurs questions de physiologie, et je n'hésite pas à mettre au premier rang la circulation. Que si l'on m'en demandait le motif, je le trouverais dans cette fonction elle-même, dont l'importance appelle l'intérêt, en même temps que sa nature, plus mécanique, semble vouloir moins se dérober aux instrumens qui vont interroger ses organes. Obéissant aujourd'hui à un devoir qu'il m'est doux de remplir, je vais tirer des dernières recherches faites sur ce sujet, et des observations que j'ai été assez heureux pour recueillir dans les hôpitaux, quelques propositions que je viens soumettre à la discussion éclairée de maîtres bienveillans.

PROPOSITIONS DE PHYSIOLOGIE.

I.

La force avec laquelle le cœur lance le sang dans l'aorte est équivalente à 3 livres 11 onces 6 gros.

Ce résultat diffère de ceux obtenus par *Keil*, *Borelli* et *Halles;* mais ici ni le point de vue ni le procédé n'étaient les mêmes. Dans toutes les expériences, on fit usage d'un instrument à trois branches, une horizontale, deux verticales, graduées, renfermant du mercure et du sous-carbonate de soude : ce dernier liquide empêchait la coagulation du sang.

II.

Une molécule de sang se meut avec la même force dans tout le trajet du système artériel.

L'expérience fut faite successivement sur la carotide, la sous-clavière, la crurale et la rénale d'un chien, répétée comparativement sur la carotide et un rameau de la crurale d'un cheval, et la pression exercée sur la branche du mercure fut toujours la même, malgré la différence de calibre du vaisseau, et malgré l'inégale distance du cœur.

Ainsi les faits viennent à l'appui des idées théoriques de *Bichat*, et nous pouvons avec lui contester le ralentissement graduel de la circulation artérielle, et professer l'uniformité de cette circulation dans tout le système.

III.

La force avec laquelle le sang se meut dans les artères est diminuée dans l'inspiration et augmentée dans l'expiration.

Cette influence de la respiration, reconnue par *Haller*, *Lorry*, prouvée par M. *Magendie*, a été mieux appréciée à l'aide du même moyen qui nous a servi à établir les propositions précédentes. Dans les circonstances ordinaires, le calibre de l'artère ne donne aucune différence pour le résultat; mais si l'animal, excité par la douleur, s'agite et se livre à des mouvemens respiratoires désordonnés, alors la circulation éprouve de profondes modifications, surtout dans les gros troncs, au point que, dans les inspirations, la force qui meut le sang y est presque nulle, et que, dans les expirations correspondantes, cette force devient deux fois aussi grande que dans l'état normal.

Ici la pathologie a plus d'une application à réclamer. N'est-ce pas dans de grandes expirations, c'est-à-dire dans la toux, la colère, les cris, la déclamation, qu'arrivent la rupture des anévrysmes de l'aorte, les hémorrhagies nasales et cérébrales? Toute émotion vive influe sur la respiration, et peut amener dans le pouls des changemens qu'il faut se garder de confondre avec les résultats d'une affection pathologique. Dans la syncope, l'état des systèmes respiratoire et circulatoire est en parfaite harmonie; si d'un côté le pouls est à peine sensible, de l'autre, la respiration ne s'exécute qu'à l'aide de très-petites inspirations.

Enfin peut-être trouverai-je dans l'influence des inspirations profondes sur les gros troncs l'explication plausible d'un fait qui m'étonna beaucoup à la lecture, et qui m'étonna plus encore quand je le vis se réaliser sous mes yeux; je veux parler de la suspension des battemens dans une artère mise à découvert, et nommément de la crurale. Voici l'exemple: un jeune homme entra, en 1828, dans la salle de M. *Sanson*, à la suite d'une blessure au mollet droit, qui avait

déterminé un anévrysme faux primitif. La compression étendue à tout le membre et les réfrigérans furent employés sans succès, non qu'on ne pût concevoir de légitimes espérances de réussite ; mais l'indocilité du malade y mettait sans cesse obstacle. Il fallut recourir à la ligature de la crurale à son tiers inférieur : le vaisseau fut mis à nu promptement, mais le doigt, introduit dans la plaie pour s'assurer de sa position et l'isoler des parties environnantes, ne sentit plus de battemens : cet état, constaté par plusieurs personnes, dura quelques instans ; puis les pulsations reparurent, et l'opération n'offrit plus rien de remarquable ; ses suites furent heureuses. Cet homme sortit de l'Hôtel-Dieu, entièrement guéri de son anévrysme. L'apparition d'une pareille circonstance aurait pu jeter dans un grand embarras un chirurgien moins expérimenté.

IV.

En isolant du cœur une portion du système artériel, on augmente l'impulsion de cet organe.

De là la nécessité des saignées après les ligatures d'artères.

V.

La cause principale du mouvement du sang dans les veines est l'action du cœur et l'élasticité des artères : les causes accessoires, l'inspiration, l'action du cœur droit, les battemens et le voisinage des artères, les contractions musculaires, etc.

La part du système capillaire dans la circulation veineuse doit être considérée presque comme nulle. En effet, le cours du sang veineux est tellement soumis à l'action du cœur et des artères, qu'on le voit suivre exactement chaque mouvement lent ou rapide du sang artériel; ce qui, certes, n'arriverait pas si l'action du cœur venait se briser et mourir dans les capillaires. Nous ne pouvons sur ce point partager les idées de *Bichat* et de M. *Schultz*.

Voyons l'influence de la respiration du cœur droit :

La poitrine, au moment de l'inspiration, produit dans les gros troncs veineux qu'elle renferme l'aspiration des veines qui s'y rendent, et devient ainsi une cause du cours du sang veineux. (*Haller, Magendie, Barry.*)

Si l'inspiration appelle le sang veineux vers la poitrine, l'expiration aussi concourt puissamment à mouvoir le sang vers le cœur; ce phénomène est dû aux valvules de la jugulaire et de la sous-clavière, qui ferment le passage à la colonne de sang placée entre une résistance et l'oreillette droite, qui se dilate pour la recevoir.

L'aspiration du sang, déterminée par la dilatation de la poitrine, et peut-être par celle du cœur droit, n'agit pas dans toute l'étendue du système veineux; à une certaine distance du cœur, cette influence devient tout à fait nulle.

Quelque violens que soient les efforts de l'animal, jamais il n'y a d'aspiration dans les veines des membres abdominaux.

Fondé sur ces résultats, nous pouvons combattre l'opinion de MM. *Zugenbulher* et *Barry*, qui admettent comme cause de la circulation veineuse, le premier, l'aspiration du cœur droit dans la dilatation, le second, la pression atmosphérique pendant l'inspiration. Par cette aspiration des gros troncs veineux se déchargeant dans la poitrine, le sang des autres vaisseaux trouve seulement moins de résistance à se mouvoir : cette cause n'est qu'accessoire.

Cette aspiration des veines a rendu compte de morts subites arrivées dans des opérations qui n'avaient rien de dangereux en elles-mêmes : le sifflement qu'on entendit était dû à l'introduction de l'air qui, mêlé au sang, parvint au cœur, y porta le désordre, et arrêta ses mouvemens. Pareil accident n'est pas à redouter pour les membres inférieurs; et, en effet, ces cas si malheureux ne se sont offerts que pour l'ablation de tumeurs situées au-dessus et dans le voisinage de la poitrine.

PROPOSITIONS DE PATHOLOGIE.

I.

La région cervicale peut devenir le siége d'une luxation incomplète sans que la mort s'ensuive. Voici un exemple d'un déplacement de l'apophyse oblique de la troisième vertèbre.

Louis-Laurent Bouland, âgé de soixante-douze ans, commissionnaire, d'une bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu le 28 août 1828, et fut couché au n°. 36 de la salle Saint-Bernard. Son état méritait une sérieuse attention, moins par la nécessité d'y apporter un prompt secours que par sa rareté. Jamais la moindre douleur ou quelque autre signe n'avait pu faire soupçonner une altération de la colonne vertébrale, lorsqu'un soir, c'était le 24, cet homme glissa dans un escalier, fit effort pour saisir la rampe, la manqua et tomba sur le côté gauche, la tête prise entre deux barreaux; le cou avait porté violemment sur un angle de pierre, et la vive douleur qu'il ressentit à l'instant même ne l'empêcha pas de faire plusieurs tentatives pour retirer sa tête de cette position pénible; il n'y parvint qu'avec l'aide d'un ami. Dès-lors, à cette première douleur du cou se joignit de la céphalalgie et un changement dans les rapports naturels de ses parties : la tête était inclinée en avant et à droite; elle avait perdu ses mouvemens d'extension et de flexion, et ne pouvait être ramenée à son ancienne place par un effort assez considérable; le sterno-mastoïdien gauche était saillant et non contracté; en arrière, à la partie supérieure du cou, à trois travers de doigt de la crête occipitale externe, existait une saillie peu élevée, dure, immobile, se perdant insensiblement par sa base, large de trois pouces dans les parties en-

vironnantes, située dans la direction des apophyses épineuses, et formée elle-même par celle de la troisième vertèbre; la main, promenée sur les apophyses transverses du côté droit, ne sentit aucun déplacement; à gauche, au contraire, on reconnut un léger enfoncement correspondant à l'apophyse transverse de cette troisième vertèbre; la tête, vue par derrière, semblait porter sur un plan antérieur à celui de la colonne. A cet état du cou ne se joignait aucun symptôme fâcheux d'engourdissement ou de paralysie dans les membres; les fonctions avaient conservé leur intégrité et leur énergie. Au bout de deux mois, les choses en étaient au même point, bien que cet homme, plein de santé, conservât cependant une incommodité contre laquelle on n'employa que les palliatifs, la position et les émolliens pour combattre la céphalalgie et la douleur locale. Le malade sortit de l'hôpital le 7 janvier 1829, heureux de n'avoir subi aucun traitement actif.

La rareté du cas, la profondeur et le peu de déplacement des parties sur lesquelles s'exerça le diagnostic, l'opinion d'un chirurgien justement célèbre, me font éprouver le besoin de revenir sur cette observation, pour lever les doutes qui pourraient s'élever dans l'esprit de mes juges. Quelles circonstances ont pu amener et ce déplacement de la tête et cette tumeur du cou? Une fracture? un engorgement des ligamens ou une luxation des vertèbres cervicales?

1°. Une fracture? Mais ni la mobilité ni la crépitation ne déposèrent en faveur de cette opinion, à laquelle on ne s'arrêta pas un instant.

2°. Comment admettre l'engorgement des parties fibreuses, lorsqu'au bout de deux mois la tumeur, qui n'avait jamais été bien douloureuse, n'avait rien perdu de sa dureté, et que la tête conservait, dans sa direction vicieuse, une rigidité que n'avait pu amener un simple engorgement des ligamens? J'oserai dire que cet avis, bien qu'il fût celui d'*Astley Cooper*, alors à Paris, ne me parut pas facile à défendre; peut-être tenait-il à ce que le malade lui fut présenté dans

les premiers jours de l'accident; peut-être aussi dépend-il d'idées antérieures, et dont nous parlerons dans un instant.

3°. Me voilà ainsi arrivé à discuter l'existence d'une luxation incomplète : ce fut, dès le premier examen, la conviction du chirurgien, et je la partageai pleinement. Les luxations des vertèbres cervicales sont divisées en deux genres, savoir : celles de la tête sur la deuxième vertèbre, de l'axis sur l'atlas, celles des troisième, quatrième et septième. Les premières sont admises par tous les auteurs, et s'il était besoin de grands noms, *Rioland*, *Haller*, *J.-L. Petit*, *Ch. Bell*, viendraient attester leur existence et leurs funestes effets. Les secondes ont été rejetées par *Astley Cooper;* mais l'autorité de *Desault*, de *Chopart*, de *Stettin*, de *Petit-Radel*, de M. *Boyer*, fondée sur les considérations anatomiques et sur des observations exactes, doit leur donner droit d'admission sur les cadres nosologiques. Le cas de Bouland offre plus d'un point de ressemblance avec les faits qu'ils nous ont transmis, et se fortifie de toute la valeur de leur opinion. Ici la cause fut une chute violente sur le côté même de la luxation, ou bien une torsion du cou dans les efforts que fit le malade pour se tirer de cette espèce de trappe. En ouvrant *Ch. Bell* et *Desault*, j'y ai trouvé deux exemples de ces deux causes; les symptômes sont les mêmes : inclinaison fixe de la tête, tantôt à droite, tantôt à gauche; tumeur à la région cervicale, absence complète de compression, ce qu'il est facile d'expliquer par le déplacement peu étendu d'une seule apophyse articulaire. Nous avons vu que chez Bouland l'examen attentif fit croire que c'était celle de la troisième vertèbre. Les connaissances anatomiques, aidées du raisonnement, conduiraient au traitement, si ces funestes exemples n'étaient venus fortifier les chirurgiens dans la résolution de ne rien entreprendre. Et cependant je sais que *Desault* réduisit une semblable luxation chez un jeune enfant, et que *Stettin* réussit dans une pareille circonstance; mais tout le monde sait aussi, d'après *Petit-Radel*, qu'un malade expira au milieu des tentatives de réduction; c'est là le sort qui menace ceux qui seraient soumis à des extensions imprudentes; il était donc d'une saine raison de ne rien

tenter lorsqu'on avait à opposer à un danger de mort presque certaine une simple incommodité à peine sensible pour un vieillard sexagénaire.

Rien ne manque à la ressemblance entre cette observation et celles des auteurs dont j'ai cité les noms; si leurs faits sont des luxations incomplètes d'une apophyse articulaire des cinq dernières vertèbres cervicales, la science en compte certainement un exemple de plus.

II.

Les luxations spontanées qui se développent à la région cervicale de la colonne vertébrale ne sont pas au-dessus des ressources de l'art, alors même que les symptômes de paralysie se sont montrés.

Bien que portant le même nom que l'affection précédente, celle-ci en diffère beaucoup, et par sa cause et par sa nature. En regard de cette dernière observation, j'ai cru devoir placer celle-ci :

Le nommé Véret, âgé de vingt-six ans, cordonnier, d'une assez bonne constitution, né à Paris, entra à l'hôpital le 12 octobre 1827; d'après son rapport, il passait la nuit, pendant tout l'été, dans un lieu bas et humide, et travaillait le jour exposé au grand air et au soleil; sous l'influence de ce changement subit et prolongé de température, des douleurs survinrent dans plusieurs articulations, et notamment dans la région cervicale; bientôt elles s'y fixèrent vives et continuelles d'erratiques qu'elles étaient auparavant. Deux mois plus tard le malade éprouva de la faiblesse dans le bras et dans la jambe gauches; de jour en jour le mal faisant des progrès, la sensibilité et la motilité diminuèrent. En même temps apparut une saillie au cou; la paralysie de la moitié du corps fut complète. Une application de sangsues et des bains généraux n'avaient pu entraver la marche de la maladie. Tels avaient été les symptômes avant le 12 octobre; voici ce qu'ils étaient à cette époque : tumeur résistante à la partie moyenne et latérale gauche du cou; enfoncement correspondant à droite; sur la ligne médiane on sentait les saillies des apophyses épineuses des qua-

trième et cinquième vertèbres ; la région est le siége de douleurs profondes, la peau n'a pas changé de couleur. Les mouvemens de flexion et d'extension sont très-bornés et douloureux, ceux de rotation impossibles; le bras et la jambe gauches sont immobiles et insensibles. Du reste, nul trouble dans les grandes fonctions intellectuelles, circulatoires et respiratoires ; la paralysie n'a gagné ni le rectum ni la vessie. Il n'y avait pas de temps à perdre si l'on voulait attaquer avec succès une affection de nature rhumatismale, qui avait déjà envahi les parties fibreuses et la lame des vertèbres, et qui menaçait d'étendre ses progrès et d'amener à sa suite une paraplégie et une mort certaine.

Au repos le plus absolu on joignit l'application de trente sangsues et des cataplasmes émolliens. Ces moyens antiphlogistiques furent employés avec persévérance pendant un mois, et dans cet espace de temps cinq applications de sangsues eurent lieu, et chaque fois on voyait une amélioration sensible : le mouvement et le sentiment reparurent peu à peu; les douleurs avaient presque entièrement cessé. Pour terminer cette guérison et pour la consolider, deux larges moxas furent apposés de chaque côté de la tumeur, et plus tard convertis en cautères. Aucun accident, sinon un petit abcès au cou, ne traversa la convalescence, qui dura trois mois; à cette époque Véret quitta l'Hôtel-Dieu, se servant librement du bras et de la jambe gauches.

III.

Dans les hernies anciennes étranglées, la réduction en masse, loin de calmer les symptômes, les aggrave et amène souvent une terminaison fâcheuse.

Les accidens sont produits par le collet du sac, qui occupe successivement les membranes muqueuse, musculeuse et séreuse, d'où l'épanchement de matières fécales, la péritonite et la mort.

Dans le cas de hernie récente, le collet du sac peut ne couper ou ne contondre que la muqueuse, et produire une entérite ou une péritonite locale.

IV.

Un homme affecté d'une hernie qui ne paraît qu'à de longs intervalles peut être pris de symptômes d'étranglement interne, survenus rapidement, poussés au plus haut degré, et terminés d'une manière heureuse par le rétablissement du cours des matières fécales ; il n'est pas toujours facile, dans un cas semblable, d'en préciser la cause.

L'observation suivante vient à l'appui de ma proposition.

M. Rouet, âgé de trente-neuf ans, marié, homme robuste, boulanger, vint à Paris vers la fin de novembre 1828, et peu de jours après fut pris d'accidens qui le conduisirent bien près du tombeau. Depuis quatre ans, il portait une hernie inguinale droite maintenue avec assez de négligence pour qu'elle ait déterminé trois fois des symptômes d'étranglement ; il la réduisait lui-même, et les choses en restaient là. Le lendemain de son arrivée, elle reparut, amenant à sa suite de la douleur et des envies de vomir : des cataplasmes émolliens la firent rentrer. Cependant M. Rouet ne recouvra pas la santé ; il voulut vaquer à ses affaires, mais la constipation, les nausées et les vomissemens le forcèrent à s'aliter le 25 novembre. (Sinapismes, bain prolongé, cataplasme sur le ventre.) Le lendemain, les symptômes n'avaient pas disparu ; la figure était grippée ; le ventre, légèrement tendu, n'était douloureux dans aucun point fixe ; la prostration et la faiblesse étaient grandes. Le canal inguinal droit, dilaté et libre, ne faisait éprouver aucun sentiment de répulsion pendant les efforts de toux provoqués. Un ver avait été rendu dans les premiers vomissemens. Ces symptômes persistèrent pendant cinq jours ; le traitement consista en émolliens sur le ventre, lavemens purgatifs, et des potions calmantes. Le 1^er^. décembre, on examina de nouveau si la hernie, réduite avec le sac, ne serait pas la cause de tous ces accidens, résolu dans ce cas à en provoquer la sortie et à opérer de suite : cette nouvelle tentative fut encore vaine.

Dès le soir, le ventre était tendu, balonné, les vomissemens de matières fécales abondans, la constipation opiniâtre, le pouls petit et concentré; un léger délire s'empara du malade, dont l'état était vraiment désespéré. (Cataplasmes de farine de lin et de morelle, auxquels on ajoute trois onces d'huile de ricin; 22 grains de calomel en vingt-deux heures; lavement d'huile d'olive à l'aide de sondes en gomme élastique.) Ce dernier moyen amena quelques matières fécales et un peu de soulagement; mais il n'attaquait pas la cause du mal, et il persista au point qu'on crut plusieurs fois que le malade allait expirer. (Lavement de tabac; glace pilée sur le ventre; vésicatoires aux cuisses, au moyen desquels on administra de l'huile de *croton tiglium.*) Ce fut au bout de trente-six heures de cette administration, le 7 décembre, au moment où tout paraissait désespéré, que les matières fécales reprirent leur cours; le ventre tomba; les soins ultérieurs favorisèrent la convalescence et l'entière guérison. Quelques jours après, la hernie reparut, rentra seule, et fut exactement maintenue par un bandage. Était-ce un étranglement par le collet du sac, une agglomération de vers, ou une invagination qui avait déterminé ces accidens? Par quel mécanisme s'était opérée une solution si heureuse et si inespérée?

Je dois ajouter que la guérison fut solide, car six mois après M. Rouet exerçait sa profession sans éprouver le moindre inconvénient.

V.

Dans les luxations anciennes, on peut tenter la réduction à des époques fort reculées de l'accident; on a réussi, pour celles de l'épaule, au bout de deux et même de trois mois, et au bout de soixante-dix-huit jours pour celles de la cuisse. Sur trente-deux cas, si toutes les tentatives n'ont pas été couronnées de succès, toutes ont été exercées sans inconvénient pour les malades. Il ne faut rien moins qu'un semblable résultat pour rassurer contre les impressions que fait éprouver le mémoire de M. *Flaubert :* là sont consignés des exem-

ples d'arrachement de la racine des nerfs de leur implantation à la moelle, et de déchirement du plexus brachial, circonstances très-propres à effrayer, et qui heureusement ne se sont jamais reproduites dans les hôpitaux de Paris, sans qu'on puisse concevoir une si grande différence de ces résultats.

VI.

La demi-flexion, soit sur la partie postérieure, soit sur le côté externe, est un des meilleurs élémens de succès dans les fractures de la jambe. La dernière position convient particulièrement lorsque le fragment supérieur fait saillie sous la peau, qu'il menace de percer.

VII.

L'occlusion exacte de la plaie et les affusions d'eau froide sont d'excellens moyens pour prévenir les accidens qui se développent à la suite des fractures compliquées.

VIII.

Si dans une fracture l'attrition des os et des parties molles laisse peu d'espoir de consolidation, il vaut mieux pratiquer l'amputation sur-le-champ. On sait combien sont peu nombreux les cas de réussite dans les amputations consécutives.

IX.

Il est une fracture qui mérite une attention spéciale dans le degré de constriction du premier appareil, c'est celle de l'avant-bras.

X.

L'émétique à haute dose, sans être un remède aussi héroïque que

l'avait proclamé *Laennec*, est cependant une ressource précieuse. Il convient surtout lorsqu'un catarrhe a précédé la pneumonie.

XI.

Dans trois cas de phlébite, à la suite d'une saignée et de deux amputations, l'emploi de l'émétique à haute dose a paru arrêter les frissons, et exercer la plus heureuse influence. Peut-être devrait-on tenter ce moyen.

XII.

Un rhumatisme, en quittant une surface articulaire, peut affecter une des grandes membranes séreuses d'une manière si prompte, qu'il en résulte un épanchement mortel en quelques heures.

J'ai été témoin de ce fait à l'Hôtel-Dieu, chez une jeune fille qui mourut en moins d'une heure d'une métastase rhumatismale sur la plèvre gauche; et je sais que l'année précédente cette même cause, agissant sur le péricarde, avait amené chez un homme une mort aussi rapide.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Si mulieri cessent menstruæ, nec febris nec rigor illi superveniat, sed in cibi fastidium incidat, judica ipsam concepisse. *Sect.* 5, *aph.* 61.

III.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Sect.* 4, *aph.* 32.

IV.

A plagâ in caput stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

V.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 71.

VI.

Quibus ad linguæ latus ulcus fit diuturnum, animadvertendum est ex dentibus qui juxtà sunt numquis acutus sit. *Prorrh.*, *sect.* 2.